



**4. KOMMUNALE GESUNDHEITSKONFERENZ
DER STADT MANNHEIM**

**IST TEILHABE AM GESUNDHEITSSYSTEM FÜR JEDEN
MÖGLICH?**

**1. DEZEMBER 2016
JÜDISCHES GEMEINDEZENTRUM MANNHEIM**

INHALT

1.	ZIELSETZUNG/ EINLEITUNG.....	3
2.	MARKT DER MÖGLICHKEITEN.....	5
3.	GRÜßWORTE DER BÜRGERMEISTERIN FÜR BILDUNG, JUGEND UND GESUNDHEIT DR. ULRIKE FREUNDLIEB.....	6
4.	EINFÜHRUNG: PFARRERIN ILKA SOBOTTKE CITYGEMEINDE HAFEN-KONKORDIEN, VESPERKIRCHE VOR ORT.....	9
5.	BEISPIELE GUTER PRAXIS.....	14
5.1	LEICHTE SPRACHE: EIN ZUGANG ZUM GESUNDHEITSSYSTEM CHRISTINE KAU UND TINA HÜTHER BÜRO FÜR LEICHTE SPRACHE, GEMEINDEDIAKONIE MANNHEIM.....	15
5.2	WIDERSTAND LEISTEN HEIßT NEUES ZU SCHAFFEN. PROF. DR. GERHARD TRABERT UND NELE KLEINEHANDING ARMUT UND GESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND E. V., MAINZ.....	16
6.	DIE DISKUSSIONSGRUPPEN.....	23
6.1	DISKUSSIONSGRUPPE 1: SPRACHLICHE DIMENSION.....	24
6.2	DISKUSSIONSGRUPPE 2: RECHTLICHE DIMENSION.....	27
6.3	DISKUSSIONSGRUPPE 3: KULTURELLE DIMENSION.....	29
6.4	DISKUSSIONSGRUPPE 4: SOZIALE DIMENSION.....	32
6.5	DISKUSSIONSGRUPPE 5: KOGNITIVE DIMENSION.....	35
7.	PLENUM.....	38
8.	EVALUATION.....	40

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Dokumentation die Sprachform des generischen Maskulinums angewendet. Es wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die Verwendung der männlichen Form geschlechtsunabhängig verstanden werden soll.

1. ZIELSETZUNG/ EINLEITUNG

Die 4. Kommunale Gesundheitskonferenz in Mannheim griff unter dem Titel „Ist Teilhabe am Gesundheitssystem für jeden möglich?“ Teilaspekte vorangegangener Gesundheitskonferenzen auf, erweiterte jedoch den Rahmen um ein Vielfaches. Im Zuge dessen veränderte sich auch die Herangehensweise.

Im Rahmen einer speziell für die Planung der Kommunalen Gesundheitskonferenz (KGK) einberufenen Expertenrunde wurden folgende mehrdimensionale Ziele vorab festgelegt, welche während und nach der Veranstaltung verfolgt werden sollen:

- *Zugänge zum Gesundheitssystem, zu Gesundheitsangeboten und sozialen Unterstützungsangeboten für benachteiligte und eingeschränkte Zielgruppen schaffen sowie Teilhabe fördern.*
- *Verbesserte und wirkungsorientierte Vernetzung der Akteure vor Ort erreichen.*

Unter Berücksichtigung der Zielsetzung wurde bei der Veranstaltungsplanung davon abgesehen, vorab einzelne Zielgruppen zu bestimmen, sondern sich dem Thema unter einem anderen Blickwinkel zu nähern. Basierend auf dem Erfahrungsschatz der interdisziplinär zusammengestellten Expertenrunde zeigte sich, dass beinahe alle benachteiligten Zielgruppen ähnliche Zugangsschwierigkeiten haben. Daher galt es für die 4. Kommunale Gesundheitskonferenz, die verschiedenen Dimensionen von Zugängen respektive Barrieren zum Gesundheitssystem in den Fokus zu nehmen. Im Zuge dessen wurden fünf Dimensionen (sprachliche, soziale, kulturelle, rechtliche, kognitive Dimension) bestimmt. Sie geben sicherlich nicht -unter Berücksichtigung eines ganzheitlichen Gesundheitsbegriffs- die Bandbreite des Bedarfs- und Handlungsspektrums der Gesundheitsförderung wieder. Dennoch wurden sie als wesentliche Dimensionen erachtet, die sowohl eine umfangreiche wie auch handhabbare Grundlage für die weitere Bearbeitung des KGK-Themas sowie für die Zielverwirklichung darstellt.

Entsprechend des vielschichtigen Titelthemas der 4. KGK zeigte sich eine bemerkenswerte Diversität hinsichtlich der Professionen und Erfahrungen der teilnehmenden Gäste und Akteure.



PROGRAMM

16.00 **Anmeldung und Markt der Möglichkeiten**

17.00 **Begrüßung**

Bürgermeisterin Dr. Ulrike Freundlieb

17.10 **Einführung**

Pfarrerin Ilka Sobottke, CityGemeinde Hafen-Konkordien, Vesperkirche vor Ort

Diskussion

17.45 **Pause**

18.00 **Beispiele Guter Praxis**

Büro für Leichte Sprache, Gemeindediakonie, Christine Kau und Tina Hüther

Armut und Gesundheit in Deutschland e. V., Prof. Dr. Gerhard Trabert, Mainz

18.40 **Parallele Diskussionsgruppen 1 – 5**

19:30 **Plenum**

Zusammenfassung der Ergebnisse aus den Diskussionsgruppen

Ende der Veranstaltung gegen 20.30 Uhr.

Moderation: *Rainer Steen*

2. MARKT DER MÖGLICHKEITEN

Vorab stellte eine Vielzahl Mannheimer Akteure beim Markt der Möglichkeiten ausgewählte Angebote vor, durch die bereits ein niedrigschwelliger Zugang zum Gesundheitssystem gelungen ist

3. GRÜßWORTE DER BÜRGERMEISTERIN FÜR BILDUNG, JUGEND UND GESUNDHEIT DR. ULRIKE FREUNDLIEB

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich begrüße Sie herzlich zur 4. Mannheimer Gesundheitskonferenz und freue mich, dass auch in diesem Jahr wieder so viele Menschen der Einladung des Fachbereichs Gesundheit gefolgt sind.



Seitdem das Sozialministerium im Jahr 2010 auf die landesweite Einrichtung von Kommunalen Gesundheitskonferenzen hinwirkte, hat sich viel getan. In Baden-Württemberg sind mittlerweile in 37 Stadt- und Landkreisen Kommunale Gesundheitskonferenzen eingerichtet. Was als eine Art Modellvorhaben begann, um die Gesundheitsstrategie besser auf örtlicher Ebene umsetzen zu können und eine engere Verzahnung von Landes- und Kommunalen Ebene, eine Intensivierung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit der Akteure des Gesundheitswesens sowie die Einbindung der Bürgerinnen und Bürger zu gewährleisten, hat sich in den letzten 5 Jahren zu einem anerkannten Instrument der gesundheitlichen Versorgungsplanung entwickelt. Dies sieht auch der Gesetzgeber so und hat deshalb die Kommunalen Gesundheitskonferenzen mit ihrer Aufgabenstellung und den dafür erforderlichen Strukturen als Pflichtaufgaben für die Kommunen im Landesgesundheitsgesetz verankert, welches zum 22.12.2015 – also vor fast einem Jahr – in Kraft getreten ist.

Über diese gesetzliche Legitimation der Gesundheitskonferenzen freue ich mich sehr. Denn auch wir hier in Mannheim haben mit unseren bisherigen Konferenzen, insbesondere der letztjährigen, die bereits mit einer breiten Partizipation der Gesundheitsakteure gestaltet wurde, gute Erfahrungen gemacht – und wir lernen immer neu dazu.

Ein wichtiges Ziel der Kommunalen Gesundheitskonferenzen ist die Förderung der gesundheitlichen Rahmenbedingungen in den kommunalen Lebenswelten und die Stärkung der gesundheitlichen Chancengleichheit.

Ungleiche Gesundheitschancen werden unter anderem durch soziale Benachteiligung erzeugt. Von Geburt an summieren sich größere Gesundheitsbelastungen bei sozial Benachteiligten durch schlechtere Lebensbedingungen und riskanteres Gesundheitsverhalten. Aus diesem Grund haben wir in den letzten Gesundheitskonferenzen einen Fokus auf Zielgruppen und Sozialräume gelegt, welche besonders von sozialer Benachteiligung betroffen sind. Auch die zweite Gesundheitskonferenz, welche sich insgesamt mit der ärztlichen Versorgungsdichte in Mannheim beschäftigte, nahm die Unterversorgung einzelner sozial benachteiligter Stadtteile in den Blick.

Uns ist wichtig, dass die Inhalte der Gesundheitskonferenzen im Anschluss weiterbearbeitet und nicht zu den Akten gelegt werden. Aus diesem Grund bauen sie thematisch aufeinander auf. Dies zeichnet die Mannheimer Gesundheitskonferenzen aus, wie ich finde.

So konnten wir in der ersten Konferenz im Jahr 2012 die Bedarfslagen in den Sozialräumen 4 und 5 hinsichtlich der örtlichen Rahmenbedingungen und Versorgungsstrukturen erarbeiten. Es galt, Zielgruppen und Bedarfe zu identifizieren, auf die sich Angebote und Maßnahmen verstärkt ausrichten müssen, um eine gleichberechtigte Teilhabe an Gesundheitsförderung und Prävention für alle zu gewährleisten. Im Jahr 2014 bei der zweiten Konferenz beschäftigten wir uns wie bereits erwähnt mit der ärztlichen Versorgung, dort u.a. mit Blick darauf, dass es trotz einer Überversorgung in der Gesamt-Stadt gerade in sozial benachteiligten Stadtteilen in manchen Fachdisziplinen eine schlechte Versorgung gibt.

Die Gesundheitskonferenz im vergangenen Jahr hatte das Ziel, Möglichkeiten zur Stärkung der Bürgerbeteiligung sowie der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit auszuloten und konkrete Umsetzungsmaßnahmen zu erarbeiten. Im Fokus stand eine Zielgruppe, deren Anteil an unserer Stadtgesellschaft stetig steigt: Senior/-innen mit Migrationshintergrund.

In diesem Jahr lautet der Titel der Jahreskonferenz „Ist Teilhabe am Gesundheitssystem für jeden möglich?“. Jetzt werden Sie vermutlich sagen: „Nein, das ist es bekanntermaßen nicht“. Und was läge da näher, als alle Hemmnisse zusammenzutragen, die den Zugang erschweren? Die diesjährige Gesundheitskonferenz nimmt jedoch gerade nicht den defizitären Blick ein – denn was fehlt, haben wir bereits in der Vergangenheit identifiziert.

Wir setzen uns heute Abend explizit die ressourcenorientierte Brille auf, um gemeinsam zu erarbeiten, wie ein guter Zugang zum Gesundheits- und Sozialsystem gelingen kann - unter der Beachtung von 5 Dimensionen, in denen Menschen Einschränkungen zur vollständigen Teilhabe haben können: sprachlich, rechtlich, kulturell, sozial und kognitiv – wohl wissend, dass es durchaus noch weitere Dimensionen gibt, die hier betrachtet werden könnten.

Ein gelingender Zugang zum Gesundheits- und Sozialsystem ist nicht nur ein Anspruch, den die Politik und die Bevölkerung an die Akteure und diese an sich selbst haben, er wird auch bereits schon täglich umgesetzt - dies zeigen zahlreiche Beispiele guter Praxis. Und daher schauen wir uns heute auch Good Practice-Beispiele an: Strukturen und Angebote, die bereits existieren und für die betreffenden Zielgruppen eine wichtige Unterstützungsleistung darstellen. Sicherlich haben Sie sich bei Ihrem Besuch des Marktes der Möglichkeiten schon einen ersten Eindruck über Projekte mit gelingenden Zugängen machen können.

Von dem heutigen Abend erhoffen wir uns neue Impulse für unsere weitere Zusammenarbeit, um die Zugangswege für alle Bevölkerungsgruppen transparenter zu gestalten, aber auch, um neue Zugangswege zu schaffen, wo sie notwendig sind. Wir wollen Ihnen Gelegenheit geben, sich kennenzulernen, sich auszutauschen und sich weiter zu vernetzen. Die Kommunale Gesundheitskonferenz ist eine ausgezeichnete Plattform hierfür.

Bevor ich Ihnen nun einen erkenntnisreichen Abend mit spannenden Begegnungen wünsche, möchte ich es nicht versäumen, dem Fachbereich Gesundheit für die hervorragende inhaltliche und organisatorische Vorbereitung der Veranstaltung zu danken. Herr Schäfer, bitte geben Sie den Dank an Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter weiter! Mein Dank gilt natürlich auch allen Akteuren und Kooperationspartnern, die in der Pla-

nungsgruppe sowie am heutigen Abend zum Gelingen der 4. Mannheimer Gesundheitskonferenz beigetragen haben und dies noch tun werden.

Ihnen als Teilnehmenden möchte ich zum Abschluss sagen: behalten Sie auch in Zukunft Ihr Engagement, Ihre Bereitschaft, Lösungen zu entwickeln und gemeinsam etwas zu bewirken bei – denn nur so können wir die anstehenden gesellschaftlichen Herausforderungen gemeinsam bewältigen. Vielen Dank!

4. EINFÜHRUNG:

PFARRERIN ILKA SOBOTTKE

CITYGEMEINDE HAFEN-KONKORDIEN, VESPERKIRCHE VOR ORT

Frau Sobottke schickte in ihrem Vortrag zwei Erfahrungsberichte von Gemeindemitgliedern vorweg, durch die sie schwierige oder fehlende Zugänge zum Gesundheitssystem aufzeigte.

Aufbauend auf ihren Erfahrungen durch die Vesperkirche, Begegnungen mit Flüchtlingen und der Notfallseelsorge benannte sie sprachliche, persönliche und finanzielle Hindernisse, die den Zugang zum Gesundheitssystem im Alltag erschweren oder gar unterbinden.

Zwei Erfahrungsberichte

Aufgrund ihrer Tätigkeiten als Gemeindepfarrerin begegnet Frau Sobottke unterschiedlichen Menschen mit multiplen Problemlagen. Viele von ihnen sind arbeitslos, wohnsitzlos, haltlos, einsam, heimatlos und oft in vielerlei Hinsicht selbstlos. Zur Veranschaulichung erzählte Sie zunächst folgende zwei Geschichten.

Eine Frau kommt, gestützt am Arm einer anderen Frau in die Kirche. Die junge Frau ist kaum fähig zu gehen oder zu essen. Frau Sobottke lässt sich von der anderen Frau erzählen. Beide Frauen stammen aus Polen. Die jüngere, hilfsbedürftige Frau ist nach dem Tod ihrer Mutter als 12-Jährige mit ihrer damals 17-jährigen Schwester nach Deutschland gekommen. Ihre Schwester sei nun verstorben. Bis dahin hatten sie und ihre Schwester bei verschiedenen Männern gelebt. Meist erhielten sie beide Unterschlupf und Verpflegung, im Wesentlichen Wodka, gegen Sex. Aufgrund ihres abgemagerten Körpers und der schlechten gesundheitlichen Verfassung ruft Frau Sobottke einen Arzt. Dieser diagnostiziert eine Polyneuropathie im fortgeschrittenen Stadium. Das bedeutet sie werde nie mehr richtig laufen oder essen können. Der Arzt bemerkt verbittert: „Man mag ihr nicht wünschen, je wieder nüchtern zu werden und zu begreifen in was für einem Zustand sie ist.“ Eine Frauenbeauftragte wird daraufhin eingeschaltet. Dennoch verschwindet das Mädchen und ihre Spur geht verloren. Frau Sobottke vermutet, dass die junge Frau, die jahrelang in der Nachbarschaft gelebt hat, längst nicht mehr lebt.

Die junge Frau war illegal hier, hatte keinen „Status“, war nie gemeldet oder krankenversichert, hatte keine Papiere und wurde seit Jahren sexuell ausgebeutet und mit Alkohol betäubt.

Sie hätte nicht gewusst, wo sie hingehen kann oder erklären können, was mit ihr ist, so Frau Sobottke. Wäre sie in ein Krankenhaus gegangen, hätte ihr nach der Behandlung die Abschiebung gedroht. Frau Sobottke nimmt zudem an, dass sie eventuell aufgrund ihrer Alkoholerkrankung eine entsprechende Andersbehandlung erfahren hätte, weil ihre Sucht nicht als Krankheit mit einer zumeist leidvollen Lebensgeschichte verbunden, sondern häufig als moralisches Fehlverhalten gewertet werde.

Bei der zweiten Geschichte wird Frau Sobottke auf die Schönau gerufen, um - so glaubt sie - sich um den hinterbliebenen Sohn einer Verstorbenen zu kümmern.

Die verstorbene alte Dame hatte schweren Diabetes. Sie lebte in ärmlichen Verhältnissen. Ihr Sohn ist intellektuell eingeschränkt und seit langer Zeit arbeitsuchend. Die alte Dame wurde ein halbes Jahr vor ihrem Tod in einer Klinik behandelt, worauf es ihr besser ging. Die anschließende Nachbehandlung und Wundpflege durch eine Sozialstation wurde aus ungeklärten Gründen nach wenigen Besuchen eingestellt. Die Beine entzündeten sich und die unbehandelten Wunden wurden nekrotisch.

Als der Sohn ein Taxi bestellte, um seine Mutter in ein Krankenhaus zu bringen, verweigert der Taxifahrer den Transport aufgrund des Gestankes. Aus Angst vor den hohen Kosten traut sich der Sohn nicht, einen Krankenwagen zu rufen. Ein Arzt verweigert den Hausbesuch. Die Frau stirbt an einer Blutvergiftung.

Das Entsetzen der Polizeibeamten und Sanitäter darüber, *wie jemand bei lebendigen Leib verfaulen konnte und niemand zu Hilfe gekommen ist*, veranlasste sie, Frau Sobottke um Unterstützung zu bitten.

Ihrer Einschätzung nach liegt kein Delikt im Sinne von unterlassener Hilfeleistung mit Todesfolge von Seiten des Sohnes vor, denn er war selbst hilflos. Ihm war es nicht möglich, die nötige Hilfe für seine Mutter zu leisten oder herbeizurufen. Niemand hat sich, trotz des offenkundigen Geruchs aus der Wohnung, nach der alten Dame erkundigt. Ein Arzt hat sich verweigert. Die Sozialstation ist der Sache nicht nachgegangen.

Verschiedene Einschränkungen werden bereits in den beiden Geschichten deutlich. Als Vorlage für die späteren Diskussionsgruppen wird sie zudem weitere Hürden aufgreifen sowie Querschnittsthemen ansprechen.

Sprache

Sprache erschwert in vielerlei Hinsicht den Zugang zum Gesundheitssystem, so Frau Sobottke.

Es gibt derzeit nur einen polnisch sprechenden Arzt in Mannheim. Viele andere Sprachen können in den Arztpraxen gar nicht bedient werden. Menschen mit Migrationshintergrund sind jedoch häufig auf Übersetzung angewiesen. Da die Kommunikation im Krankheitsfall ohnehin heikel, oft schambehaftet und mit vielen Ängsten verbunden ist, sind bisherige Angebote nicht ausreichend.

Auch stellt die Sprache der Ärzteschaft selbst für Patienten, die der deutschen Muttersprache mächtig sind, ein Hindernis dar. Häufig werden sie hinsichtlich des eigenen Zustandes, möglicher Behandlungsmethoden und Verhaltensweisen unzureichend informiert und ihre Ängste bleiben unberücksichtigt.

„Menschen, die keine Sprache für ihre Zustände haben oder kaum erklären können, was mit ihnen ist, bleiben ungehört.“

Erfahrungen

„Erfahrung macht dumm“, zitierte Frau Sobottke einen Kollegen. Gemeint ist damit, dass eine Person, die mehrmals Negativerfahrung beispielsweise durch unfreundliche Behandlung beim Krankentransport, im Krankenhaus oder beim Arzt erfahren hat, auf notwendige Behandlungen verzichtet. Dies betreffe meist Menschen, die auf der Straße leben und sich aufgrund ihres ungepflegten Status nicht zu einem Arzt trauen.

Gründe hierfür sind:

- **Demütigungen:** Eingelieferte Drogen- und Alkoholabhängige erfahren oft durch Sanitätspersonal Demütigungen der übelsten Art, statt der gebotenen korrekten Freundlichkeit und Verständnis für die jeweilige Situation der hilfsbedürftigen Person.
- **Wartezimmerinkompatibilität:** Erfahrung lehrt die Ärmsten, dass sie aufgrund ihres Erscheinungsbildes und Hygienestatus meist ausgrenzende und abwertende Reaktionen von Seiten der Arzthelfer und Patienten in Wartezimmern ernten.
- **Angst vor Zwangsmaßnahmen:** Menschen mit psychischen Störungen erleben häufig, dass sie in geschlossene Abteilungen weitergeleitet werden und mit intensiver Medikation gegen ihren Willen ruhig gestellt werden.
- **Bagatellisierung:** Ältere Menschen werden mit ihren psychischen Auffälligkeiten und/ oder Depressionen weniger ernst genommen. Ihre gesundheitlichen Schwierigkeiten erhalten nicht die gleiche Relevanz wie die junger berufstätiger Menschen und werden oft als Teil des Alterungsprozess hingenommen.
- **Komplexe Hürden:** Viele hilfsbedürftige Menschen sind außerstande, Unterstützung einzufordern oder Anträge zu stellen, um Zuzahlungsbefreiung, Hartz IV oder Wohngeld zu erhalten.

Erwartungen

Aufgrund der unterschiedlichen Erfahrungen entwickeln sie einen Erwartungshorizont, der sie daran hindert, zum Arzt oder ins Krankenhaus zu gehen.

Viele Gäste der Vesperkirche erwarten nicht, dass ihnen wirklich geholfen wird.

Sie haben Angst vor Systemen, in denen ihre prekäre rechtliche Stellung auffallen könnte und fürchten deren Konsequenzen, wie Zwangseinweisung bei Jugendlichen in ein Heim oder Abschiebung bei geflüchteten *Sanspapiers*.

Aufgrund der befürchteten Folgen können sie im Winter auch nicht in die Notunterkünfte.

Keine oder eingeschränkte Selbstwahrnehmung

Eine weitere Barriere stellt keine oder eine nur eingeschränkte Selbstwahrnehmung dar, die es verhindert, ernst zu nehmende Krankheiten als solche zu erkennen.

Oft wurde diese Fähigkeit nie erlernt.

Häufig, so erlebte es Frau Sobottke in der Vesperkirche, haben Menschen mit einem hohen Alkohol- und Drogenkonsum ein vermindertes Schmerzempfinden und spüren behandlungsbedürftige Wunden kaum. Bei ausbleibender Versorgung kann dies u.a. zum Absterben einzelner Glieder führen.

Finanzen

Eine weitere Barriere für eine adäquate Gesundheitsversorgung stellen zu geringe finanzielle Mittel dar. Selbst Menschen, die versichert und zahlungsbefreit sind, können sich häufig - insbesondere bei chronischen Erkrankungen - erforderliche Medikamente nicht leisten.

Anderen mangelt es bereits an Geld für die Fahrt zum Arzt.

Resümee

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass es arme Menschen deutlich schwerer haben, eine angemessene gesundheitliche Versorgung zu bekommen. Anhand von Lebensskizzen zeigte Frau Sobottke, dass arme Menschen zudem mit weiteren Problemen - seien es private Schicksalsschläge, Lebensbrüche und -krisen - zu kämpfen haben oder in ihrer Erziehung Gewalt und Missbrauchserfahrungen gemacht haben, die sie ihr Leben lang prägen.

Alle Menschen sind auf Anerkennung und Liebe angewiesen, wobei die meisten der sozial Benachteiligten davon nur das Gegenteil erfahren.

Viele schämen sich dafür, versuchen aber dennoch, ihr Leben zu meistern und verdienen dafür Respekt.

Frau Sobottke räumte ein, dass einige auch überaus penetrant und fordernd sind. Die Mehrzahl befindet sich ihrer Meinung nach jedoch in prekären Situationen, weil sie empfindsam, verletzlich sind und dadurch ihren Platz in der Gesellschaft nicht gefunden haben.

Schlussfolgerung

Abschließend plädierte sie für ein anderes, unvoreingenommenes Bild der Armen.

„Obdachlose Trinker sind auch Menschen“, bekräftigte sie und führte weiter aus: „Es sei eine lächerliche Lüge, zu meinen, die hätten sich dieses Leben ausgesucht. So wie es eine Lüge ist zu meinen, junge Mädchen hätten keinen anderen Traum für ihr Leben als die Prostitution.“

Armut sei keine Entscheidung und nicht selbstverschuldete Faulheit. Armut sei erblich und wird durch unsere Wirtschaftssätze und harten Hartz IV-Bestimmungen konstruiert und weiter verschärft.

Opfer dieses Systems sind meist die Sensibleren, nicht ganz so Schlaun, die an Seele und Körper Erkrankten oder Menschen mit Behinderung.

Sie forderte daher:

- Vorurteile abzubauen und Scham zu überwinden
- Eine aufsuchende, regelmäßige Arbeit für Obdachlose zu organisieren bzw. bestehende Angebote auszubauen.
- Ein offenes, regelmäßiges Angebot für Sanspapiers, da bisherige Angebote unzureichend sind.
- Eine bessere Nachsorge für Folgebehandlungen.
- Die Neueinrichtung eines Zentrums für Obdachlose in der Stadt Mannheim.
- Die Bedarfslage der Obdachlosen sichtbar machen und den Zugang zu städtischen Einrichtungen, wie Bibliotheken, Schwimmbädern, Plätzen und Parkbänken erhalten.

In diesem Sinne erachtete Frau Sobottke die Vesperkirche als bewusste und notwendige Provokation. Die Vesperkirche findet mitten in den Quadraten statt, wodurch die Herausforderung und Verantwortung der Stadt deutlich werden. Die Vesperkirche schaffe einen niedrigschwelligen Zugang für gesundheitliche Versorgung, wo Ausgegrenzte eine wertschätzende Behandlung erfahren. Dies ermöglicht neue Erwartungen zu wecken, in Kontakt zu treten und dadurch den Zugang zum Gesundheitssystem neu zu öffnen.

Sie schließt mit folgendem Appell:

*„Das aber wird nur gelingen, wenn Vorurteile abgebaut werden und Menschen als Menschen ernst genommen werden,
egal wie sehr sie stinken
oder wie verrückt sie sind und Nerv tötend
oder mit mangelnder Intelligenz ausgestattet
oder wie alt sie sind
oder sich verkaufen
und sich selbst schämen und verachten.“*

5. BEISPIELE GUTER PRAXIS

5.1 LEICHTE SPRACHE: EIN ZUGANG ZUM GESUNDHEITSSYSTEM CHRISTINE KAU UND TINA HÜTHER BÜRO FÜR LEICHTE SPRACHE, GEMEINDEDIAKONIE MANNHEIM

In ihrem Vortrag zeigten Christine Kau und Tina Hüther unter Verwendung von praktischen Beispielen aus ihrem Arbeitsalltag, was sie unter Leichter Sprache verstehen und wem sie hilft. Des Weiteren identifizierten sie Faktoren, die die Teilhabe am Gesundheitssystem erschweren, aber auch erleichtern.

Die Leichte Sprache ist eine sehr einfache Variante der Deutschen Sprache. Sie hat eigene Regeln und wird vorwiegend als Schriftsprache verstanden.

Sie ist durch einen systematisch reduzierten Wortschatz und Satzbau gekennzeichnet. Charakteristisch hierbei ist die Verwendung von einfachen Worten, der Auflösung von komplexen Satzstrukturen und konkreten Beispielen.

Bei der Aufbereitung ist die Layout-Gestaltung auf die höchste Verständlichkeit ausgelegt. Zum besseren Verständnis werden Texte durch erklärende Bilder komplettiert.

Adaptierte Texte werden hinsichtlich ihrer Verständlichkeit durch die Zielgruppe geprüft. Hierfür gilt es sensibel und auf Augenhöhe mit den Beteiligten zusammen zu arbeiten.

Potentielle Zielgruppen sind:

- Menschen mit Lernschwierigkeiten
- Menschen mit der Krankheit Demenz
- Gehörlose Menschen
- Menschen mit geringen Deutschkenntnissen
- Menschen mit eingeschränkter Lesekompetenz
- Menschen, die sich schnell einen Überblick über Informationen verschaffen möchten, d. h. alle

Als sprachliche Barrieren, die die Teilhabe am Gesundheitssystem erschweren, benannten sie folgende:

- Mangel an verständlichen Informationen
- Zeitnot und unvorbereitetes Personal
- Scham und Angst
- (fehlende) Assistenz

Um Teilhabe am Gesundheitssystem durch Leichte Sprache zu ermöglichen, bedarf es laut Frau Kau und Frau Hüther:

- Wertschätzenden Umgang mit Menschen mit Behinderung
- Wissen und Information

- Transparenz
- Selbstbestimmung

Des Weiteren zählten sie praktische Anwendungsbereiche für den Einsatz von Leichter Sprache auf:

- Beiblätter zu Formularen und Bescheiden der Krankenkassen
- Informationen über Erkrankungen, deren Entstehung und Behandlung
- Informationen über Leistungsansprüche
- Informationen über gesunde Lebens-/Verhaltensweisen
- Informationen zu Medikamenten

Neben den Regeln bzgl. der Schriftsprache gaben Frau Kau und Frau Hüther zudem Hinweise hinsichtlich der mündlichen Form. Sie raten Fremdwörter durch Worte aus der Alltagssprache zu ersetzen. Auch sollte langsam und in kurzen Sätzen gesprochen werden und auf Pausen geachtet werden. Um sicher zu stellen, dass das Gegenüber die Inhalte verstanden hat, sollte man sich zudem rückversichern und gegebenenfalls Gesagtes mit Beispielen aus dessen Lebenswelt veranschaulichen.

Auf die Nachfrage des Publikums, ob es bereits gesetzliche Regelungen bezüglich der Leichten Sprache gäbe, erwidert Frau Kau, dass es für öffentliche Behörden Empfehlungen gibt, leider jedoch keine gesetzlichen Richtlinien.

**5.2 WIDERSTAND LEISTEN HEIßT NEUES ZU SCHAFFEN.
PROF. DR. GERHARD TRABERT UND NELE KLEINEHANDING
ARMUT UND GESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND E. V., MAINZ**

Prof. Dr. Gerhard Trabert und seine Kollegin Nele Kleinehanding berichteten in ihrem engagierten Vortrag über die Hindernisse, denen sie und die Bedürftigen täglich begegnen und über die dafür ursächlichen gesellschaftspolitischen und wirtschaftlichen Missstände.

Der Verein *Armut und Gesundheit in Deutschland e.V.* finanziert sich ausschließlich durch Spende, und sichert dadurch ein unabhängiges Agieren.

Zu Beginn ihres Vortrages räumte Frau Kleinehanding ein, dass das ureigene Ziel des Vereins die Abschaffung seiner eigenen Existenz sei. Damit meint sie, dass sie und ihre Kollegen gegen die derzeitigen Ausgrenzungsstrukturen vorgehen und auf eine Gesellschaft hinarbeiten, die keiner Armutsmmedizin bedarf. Derzeit ist die Sachlage jedoch eine andere. Durchschnittlich sterben von Armut betroffene Frauen acht Jahre und davon betroffene Männer 11 Jahre früher als „der Durchschnittsdeutsche“. Trotz des nachweislichen Einfluss des Sozialstatus auf die Gesundheit werde dieser Sachverhalt immer noch zu wenig thematisiert.

Aufgrund dessen agiert der Verein nach den Devisen „Nicht nur Reden, sondern praktisch Handeln“ und „Nicht nur Handeln, auch Reden“ zweigleisig und gliedert sich folgendermaßen auf:

Praktische, niedragschwellige medizinische Versorgung

- **Arztmobil**
 - Zusammengesetzte Zweierteams, die in der Regel zweigeschlechtlich und multidisziplinär (Mediziner, Sozialpädagogen) aufgestellt sind
 - Ausrichtung ursprünglich für Wohnungslose
 - Aktionsradius wurde inzwischen erweitert, u. a. auch in Flüchtlingsunterkünften
- **Poliklinik / Ambulanz ohne Grenzen**
 - Beschäftigung von 30 Ärzten unterschiedlicher Fachbereiche (Zahn-, Kinder-, Frauenärzten, Psychiater etc.)
 - Angebot der Telemedizin
- **„StreetJumper“**
Freizeit- und Gesundheitsmobil für Kinder und Jugendliche

Politisches Agieren

- Mitglied z. B. in der Nationalen Armutskonferenz

- Benennen, Kritisieren Skandalisieren und Abschaffen von gesellschaftlichen Unrechtsstrukturen und Benachteiligungsmechanismen

Das Selbstbild, die Haltung und das Agieren des Vereins orientiert sich auch an bestimmten Leitsätzen diverser Persönlichkeiten. Entsprechend zitierten Herr Trabert und Frau Kleinehanding aus dem Buch „Empört euch“ von Stéphane Frédéric Hessels, dem politischen Aktivist, KZ-Überlebenden, Diplomaten und Lyriker, folgendes Statement:

„Neues schaffen heißt Widerstand leisten.

Widerstand leisten heißt Neues schaffen“

Sie sehen darin ihren Einsatz und Aufruf zu weniger Leistungsorientierung, hin zu mehr Inhalten und der ethischen Infragestellung bisheriger Gesellschaftsstrukturen bestätigt.

Außerdem stellten sie den Begriff „*Gleichwürdigkeit*“ vor, welcher von Jesper Juul, einem dänischen Familientherapeuten, eingeführt wurde. Darunter ist eine Wertehaltung zu verstehen, die das gegenseitige würdevolle Begegnen von Menschen als Basis jeder Gesellschaft voraussetzt.

Mit dieser Wertehaltung wollen sie dem zunehmend beobachtbaren Sozialrassismus entgegentreten und verweisen kurz auf, von dem Politikwissenschaftler Micheal Klundt identifizierten, fünf Entwicklungsstadien hin zu Hass und Rassismus:

1. Kategorisierung
2. Stereotypisierung
3. Vorurteile
4. Diskiminierung
5. Dehumanisierung

Im Zuge dieser Einteilung und ihrer Zielgruppen wies Herr Trabert anhand eines Beispiels pointiert auf die begriffliche Unterscheidung von „sozialbenachteiligt“ und „sozialschwach“ hin:

Bei sozialbenachteiligten Menschen handelt es sich um gesellschaftliche Gruppen, die aufgrund gesellschaftlicher Strukturen, wirtschaftlichen und politischen Faktoren Diskriminierung erfahren.

Als eine sozialschwache Person identifiziert Herr Trabert exemplarisch Nico Rosberg, welcher nach Monaco zog, um keine Steuern zu bezahlen; mittlerweile in den Emiraten lebt und sich vor politischen Statements scheut. Trotz seiner privilegierten Stellung entzieht er sich jeglicher gesellschaftlichen Verantwortung.

Die Zielgruppen des Vereins sind sozialbenachteiligte Menschen, die in nachstehenden Darstellungen inklusive spezifischer Möglichkeiten und Grenzen abgebildet sind.

ALG II bzw. Sozialhilfeempfänger	
Möglichkeiten	Grenzen
<ul style="list-style-type: none"> • Versicherungspflicht = Kostenübernahme der KV-Beiträge durch Sozialbehörden. • Zuzahlungsbefreiung möglich. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bestehende Höhe des Regelsatzes kann der Armut nicht entgegenwirken. • Anteil für die Gesundheitspflege ist zu niedrig. • Administrative Hürden und Bestimmungen der Hartz IV-Gesetze wirken abschreckend.

Wohnungslose	
Möglichkeiten	Grenzen
<ul style="list-style-type: none"> • Versicherungspflicht = Kostenübernahme der KV-Beiträge. • Implementierte niedrighschwellige, aufsuchende medizinische Versorgungseinrichtungen bundesweit. 	<ul style="list-style-type: none"> • Belastende Lebensumstände, Armut, Diskriminierung und soziale Ausgrenzung führen zu bestimmten Erkrankungsbildern. • Administrative/strukturelle Hürden: Leistungen werden nicht in Anspruch genommen! • Chronifizierung der Erkrankungen. • Beitragsschulden in Nicht-Versicherungszeiten.

Haftentlassene	
Möglichkeiten	Grenzen
<ul style="list-style-type: none"> • Medizinische Versorgung: Strafvollzugsgesetz. • KV in der Haft ruht (sofern die Person vor Haftantritt krankenversichert war). 	<ul style="list-style-type: none"> • Eingeschränkter Leistungsumfang. • Präventive Untersuchungen werden nur in bestimmten Abständen durchgeführt. • Entlassung: administrative Hürden. • Ohne Behandlungsschein oder eine Chipkarte können insbesondere chronische Erkrankungen nicht sofort behandelt werden.

Menschen in der PKV über 55 Jahre (scheinbar Krankenversicherte)	
Möglichkeiten	Grenzen
<ul style="list-style-type: none"> • Notlagentarif bei Beitragsschulden. • Aufnahme/Wechsel in den Basistarif • Unterstützungsmöglichkeiten für PKV-Beiträge im Basistarif bei nachgewiesener/möglicher Hilfebedürftigkeit. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aktuelle Einkommenssituation wird nicht berücksichtigt. • Hohe Beitragsschulden für Nicht-Versicherungszeiten. • Eingeschränkte Leistungen im <i>Notlagentarif</i>. • Administrative Hürden, fehlende Informationen und komplizierte Gesetzeslage verhindern eine Aufnahme/einen Wechsel in den <i>Basistarif</i>.

EU-Bürger	
Möglichkeiten	Grenzen
<ul style="list-style-type: none"> • Versicherung über Krankenversicherungskarte für Europa (EHIC) möglich, sofern vorher im Herkunftsland versichert und nur übergangsweise in Deutschland. • Sozialversicherungspflichtige abhängig Beschäftigte sind automatisch krankenversichert. 	<ul style="list-style-type: none"> • ALG II Bezug ohne Arbeit nicht immer möglich. Ohne Sozialleistungsanspruch keine Übernahme der KV-Beiträge durch die Sozialbehörden. • Versicherungskosten für Arbeitssuchende, gering Verdienende, Selbständige zu hoch. • Hohe Beitragsschulden durch bestehende Versicherungspflicht wirken abschreckend.

Asylbewerber	
Möglichkeiten	Grenzen
<ul style="list-style-type: none"> • Die Medizinische Versorgung erfolgt über die §§ 4 und 6 im AsylbLG. • Krankenversicherungsschipkarte in einigen Kommunen/Stadtstaaten 	<ul style="list-style-type: none"> • Leistungseinschränkungen und strittige Fälle in Bezug auf Kostenübernahme. • Krankenbehandlungsscheine werden durch fachfremdes, nicht-medizinisches Personal ausgestellt. • Bürokratische Wege verzögern den Behandlungsbeginn. • Fehlende Psychotherapeuten und Dolmetscher bei hoher Anzahl traumatisierter Menschen. • Aufenthaltsrechtliche Lebensbedingungen können zu weiteren traumatischen Belastungsstörungen führen.

Menschen ohne gültigen Aufenthaltsstatus (Papierlose oder Illegalisierte)	
Möglichkeiten	Grenzen
<ul style="list-style-type: none">• Anonymisierte Behandlung und Kostenerstattung für die Leistungserbringer über § 6a AsylbLG (Nothelferparagraf) seit dem 01.03.2015 möglich.• Implementierte niedrighschwellige, medizinische Versorgungseinrichtungen bundesweit.	<ul style="list-style-type: none">• Angst vor Aufdeckung und Abschiebung führt durch prekäre Lebensbedingungen zu bestimmten Erkrankungen und Chronifizierungen dieser.• Medizinische Versorgung wird nur in Notfällen in Anspruch genommen.• Finanzielle Mittel für Behandlungskosten und Medikamente fehlen.• Leistungen nach § 4 AsylbLG werden aus Angst vor einer Abschiebung nicht in Anspruch genommen.

Ausgehend von den Hürden spezifischer Zielgruppen fassen Herr Trabert und Frau Kleinehanding wesentliche, allgemeine Gründe für einen erschwerten Zugang zum Regelgesundheitssystem zusammen:

- Angebote sind zu hochschwellig im Sinne von administrativen Hürden, langen Wartezeiten, diskriminierendem Verhalten der Behörden/Einrichtungen.
- Behörden/Ämter und Krankenkassen machen Betroffene unzureichend auf ihre Rechte aufmerksam.
- Gesetze sind zu kompliziert, sodass Betroffene weder über ihren Versicherungsstatus noch über ihre Rechte informiert sind.
- Zunehmend privat getragene Kosten und Zuzahlungen führen zu finanzieller Überforderung oder Verzicht auf notwendige Medikamente, Heil- und Hilfsmittel.
- Rückkehr in die Krankenversicherung ist aufgrund der Versicherungspflicht und den damit einhergehenden Beitragsschulden für die Betroffenen abschreckend und finanziell kaum möglich.
- Ein eingeschränkter Versicherungsschutz (bspw. nach AsylbLG) führt zu Versorgungslücken, Aufschiebung oder Nichtgewährung von notwendigen Behandlungen.
- Aus Angst vor Konsequenzen -wie Abschiebung, Arbeitsplatzverlust, private Kostenübernahme- wird erst in absoluten Notlagen medizinische Hilfe in Anspruch genommen.

Der ständig wachsende Personenkreis sowie die Zunahme von Angeboten des Vereins deuten für Frau Kleinehanding und Herrn Trabert auf ein bundesweites Problem hin, das Veränderungen auf strukturelle Ebene erfordert.

Zur Verdeutlichung der Dringlichkeit zum Handeln stellten sie wesentliche Aspekte aus dem Modell der Sequenziellen Traumatisierung des Arztes und Psychoanalytiker Hans Keilsons im Kontext der Traumaverarbeitung vor.

Das Modell unterscheidet hierbei zwischen..

- primärer Traumatisierung: Mensch erleidet ein Trauma
- sekundärer Traumatisierung: psychische Traumatisierung, die bei Angehörigen und helfenden Personen durch die Begleitung und/oder das Miterleben der direkten Traumatisierung einer anderen Person entsteht.
- Tertiärer Traumatisierung: traumatisierte Person erhält keine Begleitung und/oder Behandlung.

Daraus geht hervor, dass die Art und Weise der Traumaver- bzw. -bearbeitung ausschlaggebend ist, als das traumatische Ereignis selbst (sog. tertiäre Traumatisierung). Die tertiäre Traumatisierung ist entscheidend für die Ausbildung einer Traumatisierungsreaktion bzw. Chronifizierung psychischer und physischer Beeinträchtigungen, weshalb Betroffene in dieser Phase soziale Sicherheit und Stabilität brauchen. Entsprechend sind Pädagogen und Kontext-Akteure –ob im Positiven (Unterstützen) wie auch Negativen (Ignorieren) am „Traumaprozess“ beteiligt und sollten sich dieser Wirkung bewusst sein.

Um Hilfestellung bei Traumatisierung und anderen schwierigen Lebenslagen geben zu können, lautet das oberste Ziel, betroffene Personen in das vorhandene Gesundheits- und Sozialleistungssystem zurückzuführen. Hierfür bietet der Verein soziale Beratung mit folgenden Aufgabenschwerpunkten an:

- Aktives Zuhören
- Lebenswelt verstehen
- Entlasten und Mut zusprechen
- Informationen über sozialrechtliche Aspekte zur Verfügung stellen
- Telefonische und schriftliche Kontaktaufnahme mit Behörden
- Begleitung zu Behörden
- Unterstützung bei Antragstellung
- Vermittlung an weitere Kooperationspartner

Laut Herrn Trabert sind die aufgeführten Probleme, die zu gesundheitlicher Benachteiligung führen, kein Ressourcenproblem, sondern ein Einnahme- und Verteilungsproblem des deutschen Gesellschaftssystem. Im Zuge dessen verwies er auf notwendige Veränderungen hinsichtlich der sozialstaatlichen Unterstützung, der medizinischen Versorgungssysteme, der Steuerpolitik, des Mindestlohnsatzes sowie der Kranken- und Pflegeversicherung (Bürgerversicherung).

„Gesundheitliche Benachteiligung ist kein Ressourcenproblem, sondern ein Einnahme- und Verteilungsproblem.“

Beide Vortragenden schlossen ihren Vortrag mit folgenden Leitgedanken und Zitaten zweier großer Schriftsteller und Philosophen:

„Die Menschenwürde ist das Recht nicht gedemütigt zu werden.“

Peter Bieri (Pseudonym Pascal Mercier)

„Der Mensch in der Revolte“ – „Ich revoltiere, also sind wir.“

Albert Camus

Aus beiden Auszügen folgern sie die Idee einer idealen, einer solidarischen Revolte der Menschlichkeit, die sich nicht auf eine einmalige Revolution beschränkt, sondern von einer permanenten, andauernden Empörung gekennzeichnet ist. Die Botschaft der Revolte lautet: „Gesundheit ist ein Menschenrecht, das überfällig ist.“

In der anschließenden Diskussionsrunde stellte ein Teilnehmer die Frage, wie sich die Diskrepanz von emotionaler Empörung und Ignoranz erklären lasse.

Herr Trabert erklärt sich dies durch die hohe Distanz von Politikern zur Realität. Sie überschätzen häufig das Gesundheitssystem. Zudem erkennt er von Seiten der Politiker Berührungängste, die sie daran hindern, sich mit den betroffenen Personen auseinanderzusetzen. Die Distanzierung führt zu einer zunehmenden Stigmatisierung und Diffamierung von Rechts.

Eine Frage aus dem Publikum lautete, wie die Revolte von Ärzten aussehe. Frau Kleinehanding berichtete, dass Kliniken und Ärzte die Probleme erkennen und sich häufig im Stich gelassen fühlen. Eine systematische Revolte von Ärzteseite blieb bisher jedoch aus. Bisweilen stechen eher einzelne Persönlichkeiten heraus, wie Herr Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer, welcher sich für eine bundesweite Einführung einer Gesundheitskarte für Flüchtlinge einsetzte. Insgesamt, resümierte sie nüchtern, sei die Lobby der Pharmaindustrie zu groß und die Ärzte seien noch nicht genug sensibilisiert.

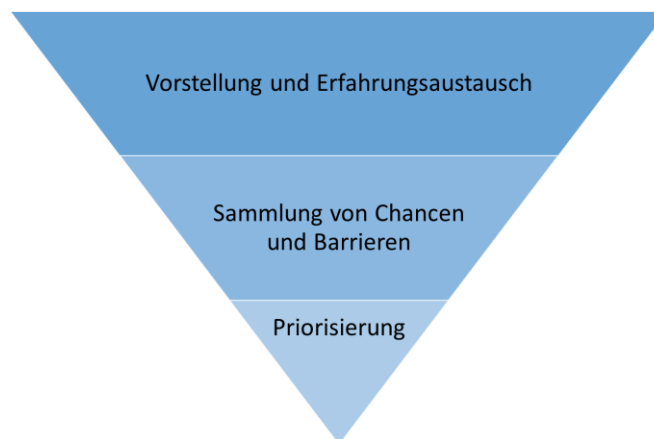
6. DIE DISKUSSIONSGRUPPEN

In fünf angebotenen Diskussionsgruppen sollten für die definierten Themenbereiche *sprachliche, rechtliche, kulturelle, soziale und kognitive Dimension* wesentliche Chancen und Barrieren hinsichtlich der Zugangsmöglichkeiten zum Gesundheitssystem identifiziert werden. Sicherlich bilden die ausgewählten Dimensionen nicht die gesamte Bandbreite an Bedarfen ab. Dennoch werden sie als zentrale Themenbereiche angesehen, durch die die Leitfrage „Ist Teilhabe am Gesundheitssystem für jeden möglich?“ differenziert bearbeitet und praxisnah diskutiert werden kann.

Für die Sammlung von Faktoren, die einen Zugang zum Gesundheitssystem erleichtern respektive erschweren, waren die Diskussionsteilnehmenden dazu angehalten, ihre Erfahrungen bezüglich bewährter, gescheiterter sowie neuer Ansätze oder Lücken auf kollegialer Ebene mit den anderen Teilnehmenden zu teilen.

Nachdem wesentliche Zugangsbarrieren oder –chancen von den Diskussionsteilnehmenden identifiziert wurden, sollten für jede Dimension durch eine weitere Priorisierung mittels Punktesystem final zwei zentrale Barrieren und Chancen festgehalten werden.

Die inhaltliche Darstellung der Diskussionsgruppen gliedert sich folgendermaßen:



6.1 DISKUSSIONSGRUPPE 1: SPRACHLICHE DIMENSION

Leitung und Moderation

Dr. Orietta Angelucci von Bogdandy, Caritasverband Mannheim e. V., Projekt Kulturdolmetscher

Christine Kau, Gemeindediakonie Mannheim, Büro für Leichte Sprache

Vorstellung und Erfahrungsaustausch

Zu Beginn stellte die Moderatorin Frau Orietta Angelucci von Bogdandy das Projekt *Kulturdolmetscher* vor. Dolmetscher werden neben ihrer sprachlichen Qualifikation zusätzlich hinsichtlich kultureller Aspekte sowie einsatzspezifischer Anforderungen weiterqualifiziert und vermittelt. Mittlerweile zählt Frau Angelucci von Bogdandy 66 Kulturdolmetscher verschiedenster Kulturkreise, die insgesamt 31 Sprachen beherrschen.

Ein Vertreter der B52-Verbändekooperation berichtete von deutlichen Schwierigkeiten bei der Erstellung von Informationsbriefen an Versicherte, die einerseits gesetzliche Änderungen und Sachverhalte korrekt abbilden müssen, andererseits leicht verständlich sein sollten. Um diesen Missstand zu beheben, werden seither Mitarbeiterschulungen hinsichtlich leichter Sprache angeboten. Im Gegensatz zu den großen Kassen gelinge die Umsetzung jedoch eher Kassen mit regionalen Niederlassungen.

Ein Pflegeheimvertreter berichtete, dass ein Flyer in leichter Sprache sowie in mehreren Sprachen die Informationsweitergabe deutlich erleichtert habe. Er räumte jedoch ein, dass der Heimvertrag nach wie vor ein erhebliches sprachliches Hindernis darstelle.

Ein Vertreter des Fachbereichs Arbeit und Soziales der Stadt Mannheim hat einen Ratgeber für Menschen mit Behinderung in leichter Sprache mitherausgegeben, was den Zugang zum Gesundheitssystem erleichtern soll.

Ein Vertreter des UMM berichtete von Schwierigkeiten mit Übersetzern im Krankenhaus, da die Übersetzung mit hohen Kosten verbunden, oft nicht rechtskräftig sei und die Dolmetscher selten kultursensibel (kultursensibel hinsichtlich der Krankenhauskultur sowie der Kultur des Patienten) übersetzen. Er zeigte sich daher sehr an dem Angebot der Kulturdolmetscher interessiert. Positiv berichtete er von dem Angebot einer türkischen Sprechstunde in der Frauenklinik sowie mehrsprachiger Flyer.

Eine Vertreterin des Selbsthilfenetzwerks berichtete, dass auch die persönliche Scham aufgrund von beispielsweise Analphabetismus ein großes Hindernis darstelle, Gesundheitsangebote zu erkennen und wahrzunehmen.

Ein Vertreter des Fachbereichs Gesundheit der Stadt Mannheim berichtete von unzureichenden Informationsblättern für Eltern und identifiziert sprachliche Hürden auf der Internetseite der Stadt Mannheim in Bezug auf Mehrsprachigkeit und leichter Sprache. Die Zusammenarbeit mit den Kulturdolmetschern und MiMi („Mit Migranten Für Migranten“) sowie Mitarbeitern verschiedener Herkunftsländer empfinde er als sehr bereichernd und hilfreich.

Zwei weitere Vertreter des UMM im Bereich der Geriatrie berichteten von der gelungenen Einbindung Ehrenamtlicher, die Demenzkranke mittels leichter Sprache unterstützen sowie Hilfestellungen für sprach- und lernbehinderte Patienten geben. Dennoch mangelte es insgesamt an Sensibilität hinsichtlich leichter Sprache und weiterer notwendiger Hilfesysteme (Piktogramm, Wegeerklärungen etc.).

Ein Vertreter der Ärzteschaft mit türkischem Hintergrund berichtete von gelungenen Angeboten der leichten Sprache, deren Schwerpunkt im direkten Austausch liegt, wie die „Interkulturelle Teezeit“. Hier erhalten vorwiegend türkische Frauen praktische Informationen über die Leistungen und Anbindung an das Gesundheitssystem. Kritisch bemerkte er, dass viele Übersetzungen von „Hochglanzbroschüren“ in „Hochtürkisch“ nicht verständlich sind. Das heißt, dass auch bei der Übersetzung in andere Sprachen auf leichte Sprache zu achten ist.

Eine Vertreterin eines Eltern-Kind-Zentrums berichtete von sprachlichen Hindernissen hinsichtlich ihrer Internetpräsenz und Flyer. Aufgrund der verschiedenen Ansprechpersonen bedürfte es unterschiedlicher „Sprachen“.

Sammlung von Chancen und Barrieren

Chancen	Barrieren
<ul style="list-style-type: none"> • Mitarbeiter-Schulung (Sensibilisierung) • Sprechstunden / Informationsangebote für bestimmte Zielgruppen (türk. Frauen) • Flyer in leichter Sprache und mehreren Sprachen • Kulturdolmetscher • „buntes Team“: Mitarbeiter mit Migrationshintergrund und Fremdsprachenkenntnissen • Direkte unmittelbare, kultursensible Angebote <ul style="list-style-type: none"> ○ Informationsvermittlung ○ Aufklärung zu Rechten ○ Hinweise auf Kulturunterschiede 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesetze, Verträge in schwerer Sprache • Fehlende Übersetzung dieser (in leichte Sprache und in verschiedenen Sprachen) • Im (Krankenhaus)-Alltag: <ul style="list-style-type: none"> ○ Schlechte Wegeerklärung bei Älteren ○ Keine Piktogramme ○ Mangelnde Aufmerksamkeit ○ Arroganz bzw. mangelnde Souveränität gegenüber der Nutzung von leichter Sprache

Priorisierung

Chancen	Barrieren
<ul style="list-style-type: none"> • Wichtige Informationen in leicht verständlicher Sprache z. B. bei Flyern • Mitarbeiter mit verschiedenen Sprachkenntnissen 	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende/s Sensibilisierung/Bewusstsein der Mitarbeiter • Fehlende Piktogramme

Als grundlegende Voraussetzung für einen niedrighschwelligen Zugang zum Gesundheitssystem nannten die Teilnehmenden zudem die Bereitstellung von finanziellen Ressourcen zur Umsetzung notwendiger Angebote.

6.2 DISKUSSIONSGRUPPE 2: RECHTLICHE DIMENSION

Leitung und Moderation

Prisca Huft, DAK-Gesundheit, Bezirksleiterin

Michael Kühn, Geschäftsführer des Kommunalen Betreuungsvereins, Fachbereich Arbeit und Soziales

Vorstellung und Erfahrungsaustausch

Eine Vertreterin des Gesundheitstreffpunkts berichtete, dass es zunehmend schwieriger wird, Leistungen von Kassen zu erhalten.

Frau Huft erklärte, dass bei den Kassen intern auf Spezialisierung gesetzt wird, wodurch der große Überblick fehlt. Für jede Leistungsart gibt es eine andere Ansprechperson. Dies verlängere die Bearbeitungsprozesse. Zudem stehen die Kassen unter einem gesetzlichen Kostendruck, die Vorgaben werden strenger und der Wettbewerb unter den Kassen verschärfe die Lage. Das führt unter anderem dazu, dass finanzielle Mittel oft in „Mode-Erscheinungen“ fließen.

Eine Vertreterin der Stadtplanung, welche in ihrem Bereich auch Ansprechpartnerin für das Betriebliche Gesundheitsmanagement ist, wies darauf hin, dass viele Patienten nicht über ihre Ansprüche informiert sind. Auf das Recht der Patienten auf Medikationspläne werde z. B. von vielen Ärzten nicht aktiv hingewiesen.

Hierbei merkte die Pflegeleitung des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit (ZI) an, dass dieser Anspruch aktiv von den dortigen Ärzten verfolgt wird.

Mehrere Diskussionsteilnehmende bestärkten, wie schwierig die Kommunikation zwischen den Institutionen sei. In der Regel müssen die Betroffenen von Amt zu Amt laufen. Die Akteure wiederum können nur in ihrem jeweiligen rechtlichen Rahmen handeln. In Notfällen müssen sich die Akteure über rechtliche Vorgaben hinwegsetzen. Teilweise gibt es Gesetze, die sich widersprechen und ein Weiterkommen verhindern.

„Die Macht des kleinen Mannes“ – Vieles hängt von einzelnen Personen ab.

Eine Vertreterin des ZI berichtete, dass der Zugang zum einzelnen Patienten funktioniert, allerdings haben die Akteure oft Hindernisse im eigenen System. Als positiv berichtete sie von der gesetzlichen Neuregelung ab 1.7.2017 zum Austritts- und Entlassmanagement. (Hierin ist geregelt, dass Patienten direkt nach dem stationären Aufenthalt Medikamente erhalten und/oder auch Kurzzeitpflege von der Klinik verschrieben bekommen.) Es regelt die Versorgungslücken nach stationärem Klinikaufenthalt.

Als notwendig sahen viele Teilnehmende die Anfertigung und Bereitstellung von Informationen zu Patientenrechten in *leichter Sprache* in Arztpraxen, Kliniken etc..

Hinsichtlich der Unübersichtlichkeit der Kassenleistungen erklärte Frau Huft, dass einzelne Kassen Leistungsübersichten in verschiedenen Sprachen anbieten. Die Abbildung aller Leistungen sei jedoch zu komplex und kompliziert, weshalb meist doch die direkte,

persönliche Ansprache nötig sei, um die im Einzelfall erforderlichen Informationen zu erhalten.

Sammlung von Chancen und Barrieren

Chancen	Barrieren
<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisierung der Ärzte für Patientenrechte • Gesetzliche Regelungen zum Austritts- und Entlassmanagement (ab 1.7.2017) • Bereitstellung von Informationen zu Patientenrechten in leichter Sprache • Direkte, persönliche Beratung, um individuelle Bedarfslagen zu eruieren und zu beheben. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intransparenz bei Krankenkassen hinsichtlich Leistungsansprüchen und Ansprechpersonen • Fehlender Überblick zum Leistungsspektrum von Krankenkassen aufgrund hohem Spezialisierungsgrad der Beschäftigten • Finanzielle Mittel häufig an „Mode-Erscheinung“ ausgerichtet (und weniger an Bedarfen) • Unwissenheit der Patienten bzgl. ihrer Ansprüche • Ärzte kommen nicht ihrer Informationspflicht nach. • Widersprüchliche Gesetzeslagen hinsichtlich Verantwortungsbereichen und – befugnissen führen zu Lücken in der Versorgung. • Rechtliche Vorgaben verhindern Einzelfalllösung bei Notfällen

Priorisierung

Chancen	Barrieren
<ul style="list-style-type: none"> • Ermessensspielräume ausschöpfen • Gesetzliches Entlassmanagement ab Juli 2017 	<ul style="list-style-type: none"> • Vernetzung der Leistungsträger fehlt, keine Kommunikation, keine Verhandlung • Mangelnde Information über Rechte

6.3 DISKUSSIONSGRUPPE 3: KULTURELLE DIMENSION

Leitung und Moderation

Sabine Trabold-Schaller, Gesundheitsförderung, Fachbereich Gesundheit, Stadt Mannheim

Gülderen Başıkara, Der PARITÄTISCHE, Migrationsberatung für erwachsene Zuwanderer (MBE)

Vorstellung und Erfahrungsaustausch

Eine Vertreterin der Gesundheitsförderung des Landratsamt Rhein-Neckar-Kreis berichtete, dass man mit den Angeboten des Gesundheitswesens nur die Mittelschicht erreicht - Menschen mit Migrationshintergrund nicht. Gut seien ihrer Meinung nach Multiplikatoren mit Migrationshintergrund. Es brauche diese „Mittler“, um in Netzwerke zu gehen und Informationen zu streuen, da *das Amt* für viele mit Angst behaftet ist.

Ein Vertreter des Duha e.V. Mannheim, welcher speziell für Menschen mit Behinderung und Demenz soziale Dienste anbietet, bestätigte diese Erfahrung. Er identifizierte die Angst vor Ämtern und Papierkrieg, das fehlende Vertrauen in das System, den nicht vorhandenen Zugang zu Informationen sowie mangelnde Sprachkenntnisse und Schamgefühle als wesentliche Hindernisse. Sie böten daher eine Anlaufstelle in der Moschee, wo sich künftig auch noch mehr Anbieter im Pflege- und Gesundheitsbereich vorstellen wollen, sodass mehr Gesundheitsleistungen bekannt gemacht werden können.

Eine Vertreterin des Eltern-Kind-Zentrum (ELKiZ) Rheinau erklärte, dass es für viele Eltern schwer ist, Vertrauen zu einem Arzt aufzubauen bzw. dass ihnen das nur bei Ärzten desselben Kulturkreises gelinge. Oft ist die Behandlung von Krankheiten bei Menschen mit Migrationshintergrund erschwert, da das Verständnis von Gesundheit und Krankheit kulturell ganz anders geprägt ist. Beispielsweise werden Depressionen oft nicht als Krankheit wahrgenommen, da Krankheit für deren Verständnis vordergründig nur mit starken körperlichen Symptomen einhergeht.

Eine Vertreterin des Betrieblichen Gesundheitsmanagements der Stadt Mannheim berichtete, dass Gesundheitsförderungsangebote aufgrund kultureller Unterschiede seltener genutzt werden, weil beispielsweise der Familienzusammenhalt einen höheren Stellenwert als Gesundheit hat. Trotz direkter Kurseinladungen bleibt die Teilnehmerzahl von Frauen mit Migrationshintergrund gering.

Die Vertreterin der ELKiZ ergänzte, dass oft *das tägliche Überleben* an erster Stelle stehe. Körperliche Beschwerden sind zweitrangig, was dazu führt, dass Ärzte deutlich später konsultiert werden. Zudem fehle es an Information, wo Hilfe zu finden ist. Bisher funktioniert dies nur durch Mund zu Mund Propaganda.

„Wenn man niemanden kennt, der Kontakt zu der Zielgruppe hat, ist man verloren. Dann sitzt man im Büro mit seinen Flyern und niemand holt sie ab.“

Eine Vertreterin des *Mannheim Institute of Public Health* (MIPH) bestätigte, dass der Zugang zu In-

formationen der entscheidende Punkt ist. Der Großteil der Informationen komme aus der Peergroup selbst. Daher bedarf es dringend Multiplikatoren, um in Kontakt zu kommen.

Eine Vertreterin der Migrationsberatung berichtete, dass Integration viel Zeit koste und man einen langen Atem brauche. Selbst bei niedrigschwelligen Angeboten, wie ein kostenloses Frauenfrühstück, zögern die Frauen. Für sie ist der Nutzen nicht ersichtlich bzw. sie haben drängendere Probleme, wie Job, Wohnung oder Krankenversicherung.

Ein Vertreter des Gesundheitstreffpunkt Mannheim – Projekt „beraber elele“ - berichtete von der Diskrepanz der Erwartungen der Betroffenen und den zur Verfügung stehenden Ressourcen der Einrichtungen. Die akuten Probleme der Betroffenen gehen über Sprechzeiten der Einrichtungen hinaus. Um potenzieller Frustration vorzubeugen wird daher großer Wert darauf gelegt, jedem unbeantworteten Anruf nachzugehen.

Sammlung von Chancen und Barrieren

Chancen	Barrieren
<ul style="list-style-type: none">• Multiplikatoren mit Migrationshintergrund als Netzwerker und „Informationsstreuer“• Schaffung von kulturbezogenen Anlaufstellen für Informationsvermittlung hinsichtlich Leistungsansprüchen (Moschee)	<ul style="list-style-type: none">• Angst vor Amt und Papierkrieg• Scham• mangelnde Sprachkenntnisse• mangelnde Zugänge zu Informationen• fehlendes Vertrauen in System und zu Ärzten• kulturell geprägtes Verständnis von Krankheit und Gesundheit verhindert Inanspruchnahme von Unterstützungssystemen• Prioritätensetzung:<ul style="list-style-type: none">○ Familie wird in manchen Kulturkreisen für wichtiger als Gesundheit erachtet○ Überleben, Essen und Trinken stehen an erster Stelle. Körperliche Beschwerden sind zweitrangig.

Priorisierung

Chancen	Barrieren
<ul style="list-style-type: none">• Maximaler Bekanntheitsgrad der vorhandenen Angebote (gibt bereits viele) und bessere Vernetzung untereinander• Einsatz von Multiplikatoren zur Schließung von Informationslücken und Erhöhung des Bekanntheitsgrads der Projekte	<ul style="list-style-type: none">• Berührungängste (Angst, Fehler zu machen / Scham bei in Kontakt treten mit „dt. Sozialsystem“ (Bildung, Gesundheit, Pflege, Soziales))• Mangelnde Sprachkenntnisse

6.4 DISKUSSIONSGRUPPE 4: SOZIALE DIMENSION

Leitung und Moderation

Nele Kleinehanding, Armut und Gesundheit in Deutschland e. V., Mainz

Dr. Michael Albert, Gesundheitsförderung, Fachbereich Gesundheit, Stadt Mannheim

Vorstellung und Erfahrungsaustausch

Nachdem alle Teilnehmenden in einer Vorstellungsrunde sich sowie ihr Tätigkeitsfeld kurz vorgestellt hatten, sammelten sie im gemeinsamen Erfahrungsaustausch Barrieren sowie anschließend Chancen hinsichtlich Zugängen zum Gesundheitssystem.

Frau Kleinehanding beschrieb kurz die Situation in Mainz. Sie berichtete von der Diskrepanz bezüglich Finanzierungsmöglichkeiten zwischen Kommunen und *Non-Governmental Organisations (NGO's)*. Sie sieht ein Problem darin, dass Kommunen finanziell deutlich besser ausgestattet sind, aber die betroffenen Zielgruppen -im Gegensatz zu NGO's- oft nicht mit ihren Angeboten und Projekten erreichen. Ihrer Meinung nach bedarf es einem politischen Auftrag, der dafür sorgt, bisherige Strukturen zu hinterfragen und zu verändern, als nur zu versuchen, Lücken zu stopfen.

„NGO's machen Dinge, die Kommunen oft nicht hinbekommen.“

Die Teilnehmenden waren sich einig, dass die Kommune sowie auch die verschiedenen Träger mehr Verantwortung übernehmen müssen. Laut Frau Kleinehanding mangelt es derzeit den „Entscheidern“ in der Gesellschaft an dem nötigen Problembewusstsein.

Ein gemeinsamer Diskussions- und Streitpunkt war das Bundesteilhabegesetz (BTHG), welches in seiner jetzigen Form für die Arbeit mit den Betroffenen von den Diskussions- teilnehmenden als nur unzureichend bewertet wurde.

Des Weiteren waren sich alle Teilnehmenden einig, dass es eines neuen gesetzlichen Rahmens bedarf, um die Diskrepanz von Rechtsgrundlagen und realer Arbeitswelt zu reduzieren. Derzeit mangle es den Akteuren an der notwendigen Unabhängigkeit, die eine wichtige Voraussetzung für eine kritische Auseinandersetzung und Erneuerung des Gesundheitssystems darstelle. Dieser Missstand äußere sich vordergründig durch finanzielle Abhängigkeiten und führe zu multiplen Ko-Abhängigkeitsverhältnissen zwischen den Kommunen und anderen Trägern und lähmt Veränderungsprozesse.

Im Zuge dessen wurden auch die starren Verwaltungsstrukturen der Kommunen beanstandet, die wenig Spielraum für ämterübergreifende Aktivitäten oder bedarfsgerechte Projekte zulassen.

Als weiteres Hindernis wurden die fehlende Transparenz sowie der mangelnde Überblick hinsichtlich der bestehenden Angebotsvielfalt in Mannheim gesehen. Besonders unübersichtlich wird der Bereich der Beratungsangebote, insbesondere der unabhängigen

(Patienten-)Beratung, erachtet. Insgesamt wurde die Angebotspalette in Mannheim bereits als sehr vielfältig wahrgenommen. Von Seiten der Bedürftigen sei jedoch wenig Wissen darüber vorhanden und daher kaum Zugänge ersichtlich. Ein Beispiel „Guter Praxis“, wie dieser Intransparenz begegnet werden kann, stellt die Broschüre „Sprachkenntnisse in Mainzer Arzt- und Psychotherapeutenpraxen“ dar. Hierin sind alle Praxen und relevanten Anbieter zum Thema Gesundheit aufgelistet sowie Ansprechpersonen mit verschiedenen Sprachzugängen kenntlich gemacht. Ein ähnliches Format wäre nach Ansicht der Teilnehmenden auch für Mannheim wünschenswert.

Zudem wurden bauliche Barrieren in Arztpraxen, besonders bei Fachärzten, als Barriere von den Teilnehmenden identifiziert.

Als weiteres Hindernis wurde eine allgemeine Ressourcenknappheit benannt. Knappheit im Sinne von fehlender Zeit für Beratungstätigkeiten, für Sozialarbeitstätigkeiten sowie für Arzt-Patienten-Gespräche. Außerdem mangle es beispielsweise bei Krankenkassen, Behörden und Kliniken an -die Zielgruppe betreffend- ausreichend geschultem Personal.

Letzterer Punkt wurde bei entsprechender Förderung bzw. Schulung von Personal auch als wesentliche Chance erachtet, da die Teilnehmenden durch positiven und persönlichen Umgang mit den Betroffenen einen unmittelbaren Zugang zum Gesundheitssystem schaffen können.

Als weitere Chance wurde die Anfertigung einer Liste aller relevanten Ansprechpersonen erachtet, mit der eine bessere Vernetzung unter den Akteuren und Institutionen ermöglicht werden soll.

Weiter sprachen sich die Diskussionsteilnehmenden für eine stärkere Einbindung von Menschen anderer Sprachen bei Übersetzungsarbeiten.

Nach Ansicht der Teilnehmenden bedarf es außerdem einer in leichter Sprache verständlichen Bekanntmachung von relevanten Rechtsgrundlagen für die Betroffenen.

Für bessere Zugänge halten die Teilnehmenden auch eine verstärkte Nutzung der „neuen Medien“ zur Informationsvermittlung für hilfreich.

Als weitere Möglichkeit, Informationen an die Betroffenen zu bringen, stellt die erarbeitete Konzeption der Fachbereiche Arbeit und Soziales und Gesundheit für die Flüchtlingsarbeit dar. Sie wurde entwickelt, um den Flüchtlingen u.a. einen Einblick in das deutsche Gesundheitssystem, dessen Leistungen und ihre Rechte als Patienten zu geben. Sie ist aber auch für andere Zielgruppen einsetzbar.

Als bisherige Barriere, die es laut Teilnehmenden zu überwinden gilt, wurde das ärztliche Berufsrecht angesehen. Dieses unterbindet die Ausweitung der aufsuchenden Arbeit durch Ärzte - wie es in Mainz aufgrund der Ausnahmeregelung durch die Zustimmung der Landesärztekammer praktiziert wird -, welche als wichtiges niedrigschwelliges Angebot von allen Diskussionsteilnehmenden gesehen wird.

Sammlung von Chancen und Barrieren

Chancen	Barrieren
<ul style="list-style-type: none"> • Positiver persönlicher Umgang als Zugangschance zum Gesundheitssystem -> Gewährleistung durch entsprechende Schulung/Förderung des Personals • Anfertigung einer Liste aller relevanten Ansprechpersonen und Institutionen für eine bessere Vernetzung (Clearingstelle) • Bekanntmachung von relevanten Rechtsgrundlagen in verständlicher, leichter Sprache • Stärkere Nutzung „neuer Medien“ • Nutzung der „Tagesstruktur“ für weitere Zielgruppen • Barrierefreie Arztpraxen • Anfertigung einer Liste von Arztpraxen, Ansprechpersonen zum Thema Gesundheit sowie deren Sprachkompetenzen (vgl. Mainzer Broschüre) 	<ul style="list-style-type: none"> • Lückenhafte Versorgungsstrukturen aufgrund fehlenden politischen Auftrag • Mangelndes Verantwortungsbewusstsein von den „Entscheidern“ sowie fehlende Kooperationsbereitschaft von Seiten der Kommunen und NGO's • Unzureichende gesetzliche Grundlage durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) • Fehlende finanzielle und rechtliche Unabhängigkeit von Seiten der Akteure lähmt notwendige Veränderungsprozesse im Gesundheitssystem • Fehlender Überblick zu Angebotsvielfalt in Mannheim • Wenig Spielraum/Flexibilität für bedarfsgerechte Angebotsplanung aufgrund starrer Verwaltungsstrukturen • Ressourcenprobleme <ul style="list-style-type: none"> ○ Zeitproblematik bei Beratungsgespräche aber auch Arztbesuchen ○ Unzureichend qualifiziertes Personal bei GKV, Behörden, Kliniken

Priorisierung

Chancen	Barrieren
<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenführung aller Information und Angebote in Mannheim für eine bessere Vernetzung der Akteure sowie Sichtbarkeit für die Betroffenen • Finanzielle und politische Unabhängigkeit der Akteure 	<ul style="list-style-type: none"> • Diskrepanz und Widersprüche von Rechtsgrundlagen und Anforderungen an die Akteure

6.5 DISKUSSIONSGRUPPE 5: KOGNITIVE DIMENSION

Leitung und Moderation

Anne Stöhr, Koordination multiprofessionelles geriatrisches Konsil, Universitätsmedizin Mannheim

Dr. Uwe Sperling, Gerontopsychologe, Universitätsmedizin Mannheim

Wolfgang Müller, Angehörigensprecher von Menschen mit geistiger Behinderung

Vorstellung und Erfahrungsaustausch

Vorab stellten sich die Moderatoren vor. Dabei berichtete Herr Dr. Sperling aus seinen Erfahrungen der letzten 15 Jahre im Umgang mit Demenzkranken. Seiner Meinung nach unterscheiden sich Demenzkranke, wenn man seinen Leitsatz verinnerlicht „Jeder stellt sich seinen Aufgaben mit dem Gehirn, was er gerade hat.“, gar nicht so sehr von Nichterkrankten.

„Jeder stellt sich den Aufgaben mit dem Gehirn, was er gerade hat.“

Herr Müller berichtete neben seiner Tätigkeit als Angehörigensprecher von Menschen mit geistiger Behinderung von seiner eigenen Betroffenheit als Vater eines erwachsenen Sohnes mit geistiger Behinderung. Im Zuge seiner Tätigkeitsvorstellung verwies er auf den von ihm organisierten Fachtag „Menschen mit geistiger Behinderung und/oder Demenz im Krankenhaus“ am 8. März 2017.

Aus den unterschiedlichen Beiträgen der Teilnehmenden wurden folgende Barrieren und Chancen bzw. Wünsche hinsichtlich besserer Zugänge zum Gesundheitssystem identifiziert.

Ein Vertreter einer Pflegeeinrichtung berichtete von der Überforderung von Seiten der Betroffenen wie auch Angehörigen gegenüber dem „System“. Weiter erklärte er, dass die Komplexität der Bestimmungen und die Vielzahl an Paragraphen selbst für Heimmitarbeiter teilweise undurchschaubar seien. Beispielweise stelle ein Heimvertrag aufgrund seiner Komplexität bereits für Menschen ohne kognitive Einschränkungen eine enorme Herausforderung dar.

Als weitere Hürde wurde die ungünstige Fallbewertung und finanzielle Unterstützung von Krankenkassenseite für die pflegebedürftigen Patienten gewertet, welche mit dem zynischen Kommentar „eine gute Versicherung zahlt nicht“ untermauert wurde.

Eine weitere Barriere bei der Verständigung stellt die Unwissenheit über die Ansprüche der Patienten dar.

Eine mehrschichtig schwierige Barriere stelle die unterschiedliche, teilweise gegensätzliche Wahrnehmung von den Betroffenen, deren Angehörigen sowie dem behandelten Personal dar. Entsprechend dieser Diskrepanz ist häufig auch das Problembewusstsein dieses Personenkreises ein ganz unterschiedliches, wodurch potenzielle Barrieren und Zugangschancen nicht erkannt werden.

Diese Problematik verschärfe sich zusehends bei einem Krankenhausaufenthalt. Menschen mit geistiger Einschränkung verstehen oftmals nicht und werden nicht verstanden. Gegebenenfalls werden sie zudem verhaltensauffällig und benötigen externe Assistenz, die durch Angehörige und/oder professionelle Fachkräfte geleistet werden muss. Trotz der Erleichterung des Krankenhausbetriebes durch diese Assistenzen gibt es hierfür keinerlei finanzielle Unterstützung. Meist werden die Angehörigen noch zusätzlich belastet, indem sie die Unterbringung der Assistenz selbst bezahlen müssen.

Als weitere Barriere wurden die verschiedenen Schweregrade innerhalb der deutschen Sprache benannt, die beispielsweise durch Fremdwörter oder Amtssprache verschärft werden.

Zudem wurden bestehende Informationsdefizite als Hindernis gesehen.

Als Chance wurde die Einrichtung eines Case Management (CM) im Krankenhaus sowie ein aufsuchendes CM angesehen, das sich an einen Krankenhausaufenthalt anschließt. Teilnehmende schlugen vor, Letzteres ggf. bei Ärzten anzusiedeln, die ein dementsprechendes Netzwerk bilden sollten.

Für eine bessere Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung bietet das Universitätsklinikum Mannheim seit einem Jahr mithilfe Ehrenamtlicher, Begleitdienste (BIK) für Patienten mit kognitiven Einschränkungen an. Hierbei helfen Ehrenamtliche bei täglichen Verrichtungen und sind auch bei Untersuchungen dabei.

Insgesamt sei die Finanzierung von Unterstützungsleistungen (Betreuung von Menschen mit kognitiver Einschränkung) durch externe Kräfte nach wie vor in einem „Graubereich“ angesiedelt, den es (gesetzlich) zu lösen gilt. Zudem sollte Demenzkranken hierbei die Möglichkeit gegeben werden, sich ihre Betreuungsperson selbst auszusuchen.

Für den Pflege- und Krankenhauskontext empfiehlt es sich zudem, multidisziplinäre sowie multikulturelle Teams zusammen zu stellen, um besser auf die Bedarfs- und Bedürfnislage der Patienten eingehen zu können.

Hinsichtlich sprachlicher Barrieren bedarf es Textformulierungen in leichter Sprache sowie - für den direkten Austausch - Dolmetscher im Sinne der sprachlichen Übersetzung wie auch des inhaltlichen Deutungstransfers. Für Letzteres gibt es Fachkräfte für Demenz, die in der Lage sind, „unterschiedliche Sprachen bzw. die Sprache des zu Betreuenden“ zu sprechen.

Alle Teilnehmenden waren der Auffassung, dass Zugänge zum Gesundheitssystem durch niedrigschwellige Angebote vor Ort, wie *Eltern-Kind-Zentren* oder *Willkommen im Leben* sowie aufsuchende Angebote, wie Hausbesuche bei Eltern mit geistiger Behinderung, geschaffen werden müssen. Hierbei können Familien mittels Informationsvermittlung, Beratungsleistungen oder Begleitungsdiensten unterstützt werden.

Bestehende Angebote, wie *Frauenfrühstücke* sollen als Plattform genutzt werden, um beispielsweise Themen wie Unterstützungsmöglichkeiten bei Demenz zu transportieren und Informationen zu streuen.

Sammlung von Chancen und Barrieren

Chancen	Barrieren
<ul style="list-style-type: none"> • Case-Management in Krankenhäusern sowie aufsuchendes Case-Management nach Krankenhausaufenthalt • Angebote vor Ort sowie aufsuchende Angebote (Hausbesuche) • Nutzung von bestehenden Plattformen zur Informationsvermittlung • Leichte Sprache bei Textformulierungen • Dolmetscher, die die Sprache der Menschen mit geistiger Einschränkung sprechen und als Vermittler fungieren 	<ul style="list-style-type: none"> • System überfordert Menschen mit geistiger Behinderung sowie deren Angehörige • Mangelnde finanzielle Unterstützung der Krankenkassen • Unterschiedliches Problembewusstsein und Wahrnehmung von Zugängen und Barrieren zwischen Patienten/Menschen mit geistiger Behinderung, Angehörigen und med. oder pflegerischem Personal • Mangelhafte finanzielle Unterstützung bei Krankenhausaufenthalten von Menschen mit geistiger Behinderung und deren Angehörigen/externe Assistenzen • Schwere Sprache (Amtssprache etc.) • Informationsdefizite

Priorisierung

Chancen	Barrieren
<ul style="list-style-type: none"> • Schulung von Mitarbeitern • Case-Management • Niedrigschwellige Angebote (Willkommen im Leben, Eltern-Kind-Zentren, Hausbesuche) 	<ul style="list-style-type: none"> • Komplexität der Systeme • Keine Finanzierung externer Assistenzen (Graubereich)

7. PLENUM

Im Plenum stellten die Moderatorenteams ihre wichtigsten Diskussionsergebnisse und die priorisierten Barrieren und Chancen vor (vgl. Schaubild, S.40).

Bei allen Dimensionsgruppen spielte die Vernetzung der Angebote in der Diskussion eine wichtige Rolle. Dabei wurde festgestellt, dass in Mannheim bereits eine Vielzahl von Angeboten existent ist, viele davon aber nicht ausreichend bekannt sind und durch Vernetzung verschiedener Anbieter Synergieeffekte möglich wären. Mehrfach wurden fehlende niederschwellige Informationen angesprochen, die durch Flyer und Internetseiten in leichter Sprache, Piktogramme, Dolmetscher oder Assistenz behoben werden könnten. Chancen wurden vor allem im Bereich der Weiterqualifikation von Mitarbeitern oder Multiplikatoren gesehen, die Zugang zu den einzelnen Zielgruppen ermöglichen.

Ein Teilziel der Konferenz, die verbesserte und wirkungsorientierte Vernetzung der Akteure vor Ort, wurde mit dem lebhaften Markt der Möglichkeiten zu Beginn der Veranstaltung in Angriff genommen.

Das weitere Ziel, Zugänge zum Gesundheitssystem zu schaffen sowie Teilhabe zu fördern soll durch die Weiterarbeit an den erarbeiteten Chancen und Barrieren aus den Arbeitskreisen auf den Weg gebracht werden, zu denen Hr. Steen die Teilnehmer der kommunalen Gesundheitskonferenz abschließend aufrief.

Abschließend bedankt sich Herr Dr. Schäfer ganz herzlich bei den Referenten für die couragierten und leidenschaftlichen Vorträge, bei seinem Team aus dem Fachbereich Gesundheit, der Planungsgruppe und Lenkungsreis für die Organisation und Begleitung der Veranstaltung. Weiter dankt er für die Mithilfe aller beteiligten Akteure beim Markt der Möglichkeiten und die regen Diskussionsbeiträge aller Teilnehmenden.

Übersicht und Zusammenfassung der Ergebnisse der Thementafeln

Sprachliche Dimension		Kulturelle Dimension	
Chancen	Barrieren	Chancen	Barrieren
<ul style="list-style-type: none"> Wichtige Informationen in leicht verständlicher Sprache (Flyern etc.) Mitarbeiter mit verschiedenen Sprach- und Kulturkenntnissen 	<ul style="list-style-type: none"> Fehlendes Bewusstsein bei Mitarbeitern Fehlende Piktogramme 	<ul style="list-style-type: none"> Maximaler Bekanntheitsgrad der Akteure und Angebote sowie bessere Vernetzung untereinander Einsatz von Multiplikatoren als Informationsmedien 	<ul style="list-style-type: none"> Berührungängste, Scham Mangelnde Sprachkenntnisse
Rechtliche Dimension		Kognitive Dimension	
Chancen	Barrieren	Chancen	Barrieren
<ul style="list-style-type: none"> Mehr individuelle Ermessensspielräume Gesetzliches Entlassmanagement ab Juli 2017 	<ul style="list-style-type: none"> Keine Vernetzung, Kommunikation oder Weiterleitung zwischen Leistungsträgern (Pflegekassen, Krankenhäusern, Krankenkassen, Sozialämtern) 	<ul style="list-style-type: none"> Case-Management (Begleitung während und nach Krankenhausaufenthalt) Niedrigschwellige, aufsuchende Angebote (WILL, ElKiZ, Hausbesuche) Schulung von Mitarbeitern 	<ul style="list-style-type: none"> Komplexität der Systeme Keine Finanzierung externer Assistenzen (Graubereich)
Soziale Dimension			
Chancen		Barrieren	
<ul style="list-style-type: none"> Zusammenführung aller Informationen und Angebote in Mannheim (Clearingstelle) Finanzielle und politische Unabhängigkeit der Akteure (unabhängige Beratungsstellen) 		<ul style="list-style-type: none"> Diskrepanz und Widersprüche von Rechtsgrundlagen und Anforderungen an die Akteure (fehlende Verpflichtung zur leichten Sprache und Hilfestellung bei Anträgen) Unflexible Verwaltungsstrukturen der Stadt 	
Zusammenfassung			
Chancen		Barrieren	
<ol style="list-style-type: none"> Überblick über Akteurs- und Angebotslage Vernetzung Informationsvermittlung und Beratung (Flyer, Anträge in leichter Sprache, Multiplikatoren, etc.) Sensibilisierung von Mitarbeitern Finanzielle und politische Unabhängigkeit 			

8. EVALUATION DER 4. KGK MANNHEIM

Im Rahmen der Qualitätssicherung wurden die teilnehmenden Gäste und Akteure gebeten, die Konferenz mittels eines Fragebogens zu bewerten. Die Ergebnisse der Befragung (Rücklaufquote 28,41 %) wurden im Lenkungskreis und der Planungsgruppe präsentiert und diskutiert.

Insgesamt wurde die Veranstaltung als sehr gelungen wahrgenommen und die Themenschwerpunkte als hoch aktuell eingestuft. Den größten praktischen Mehrwert zogen die Teilnehmenden aus den Vernetzungsmöglichkeiten im Rahmen des Markts der Möglichkeiten und den Diskussionsgruppen. Diese sowie weitere differenzierte Rückmeldungen werden für die künftige Planung berücksichtigt.

Impressum

Herausgeber

Stadt Mannheim

Fachbereich Gesundheit

R1, 12

68161 Mannheim

Geschäftsstelle Kommunale Gesundheitskonferenz und Netzwerke

Mail: 53.gesundheitskonferenz@mannheim.de

März 2017